BEITRAG ZUR LEHRE

VON DEN SYPHILITISCHEN

GELENKKRANKHEITEN.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER MEDICINISCHEN DOCTORWÜRDE

DER MEDICINISCHEN FACULTÆT ZU STRASSBURG VORGELEGT

VON

E. WEIL.

STRASSBURG

BUCHDRUCKEREI VON R. SCHULTZ & COMP.

BERGER-LEVRAULT'S NACHFOLGER.

1876.

BEITRAG ZUR LEHRE

VON DEN SYPHILITISCHEN

GELENKKRANKHEITEN.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER MEDICINISCHEN DOCTORWÜRDE

DER MEDICINISCHEN FACULTÆT ZU STRASSBURG VORGELEGT

VON

E. WEIL.

STRASSBURG

BUCHDRUCKEREI VON R. SCHULTZ & COMP.

BERGER-LEVRAULT'S NACHFOLGER.

1876.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg i/E.

Referent: Prof. Dr. Lücke.

Gewidmet

meinem verehrten Lehrer

Herrn Professor Dr. LÜCKE.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552708_0112

BEITRAG ZUR LEHRE

VON DEN SYPHILITISCHEN

GELENKKRANKHEITEN.

Im Verlaufe mehrerer Semester hatte ich Gelegenheit, auf der chirurgischen Klinik in Strassburg einige Gelenkaffectionen zu sehen, deren Aetiologie wohl nur Syphilis sein konnte.

Da der Einfluss der Syphilis auf die Gelenke theilweis noch bestritten, jedenfalls nicht hinreichend gekannt ist, forderte Herr Prof. Dr. Lücke mich auf, diese Fälle zu meiner Dissertation zu benützen. Die Fälle sind um so wichtiger, da es sich bei einigen um congenitale Syphilis handelt. Nun sind Gelenkaffectionen bei Lues acquisita schon beschrieben, aber solche bei Lues congenita fehlen meiner Erfahrung nach bis jetzt noch in der Literatur. Ich lasse die Krankengeschichten sofort folgen und werde dann, gestützt auf sie und die Literatur, meine Ansicht über unser Thema aussprechen.

Bei den ersten Fällen handelt es sich um congenitale Lues.

1) L. M., ein schwächliches Kind von 5 Jahren; von hereditären Verhältnissen ist nichts bekannt. Die Eltern behaupten, sie seien immer gesund gewesen. Untersuchung war nicht möglich. Als sicher ist zu erfahren, das Kind war in der ersten Zeit gesund. Auf einen Fall hin schwoll der rechte Ellenbogen an, der Knabe konnte bald darauf das Gelenk nicht mehr bewegen. Später traten verschiedene Ausschläge auf.

Soweit die Anamnese.

Die Untersuchung zeigte starke Schwellung am Ellenbogengelenk und den benachbarten Theilen. In der Gegend des Radiusköpfchen war die Schwellung circumscripter und stärker; diese Differenz verschwand jedoch später. Weiter Functionsstörung des Gelenks. Abscedirung. Dann syphilitischer Lupus im Gesicht und auf den Glutalen; sonst Geschwüre und Narben. Mit der Sonde kommt man ins Gelenk auf rauhen Knochen. Antisyphilitische Therapie, locale wie allgemeine, wurde angewandt, aber ohne Einfluss auf die Gelenkerkrankung. Resection schien nun am Platz; bei der Incision fanden sich alle Gelenkknochen gesund bis auf den Radius, der ziemlich stark zerfressen war, dann starke Verdickung der Kapsel, am stärksten in der Gegend des Radiuskopfes. Das Radiusköpfchen wurde entfernt, jedoch bis heute ist noch keine Heilung zu ersehen. Die Gelenkgegend ist stark aufgetrieben, die Incisionsstelle

ist noch immer nicht geschlossen. Schlechte Granulationen zeigen sich auf der Wundfläche.

Antisyphilitische Behandlung ist längst, wie schon gesagt, eingeleitet. Einreibungen, Sublimatbäder, Calomel, alles half nichts; seit kurzer Zeit sind am Os zygomaticum und der Stirn 2 grosse Gummata. Die roborirende Diät hat den Kleinen erhalten, aber seit einiger Zeit ist Eiweiss im Harn und so wird wohl unser Patient dem Exitus bald entgegengehen.

Wie wir diesen Fall zu betrachten haben, ist nicht ganz klar, da die Anamnese zu ungenau ist, dass er jedoch trotz des Widerstandes gegen die antisyphilitische Therapie luetischer Natur ist, bestätigen schon die Concomitantien und dann der Verlauf. Die Schwellung hat scheinbar am Periost in der Gegend des Radiusköpfchen begonnen, ist von hier einerseits auf die Weichtheile, andererseits auf den Radius selbst übergegangen. Der letztere war trotz der längeren Dauer interessanter Weise von den Gelenkknochen allein erkrankt, ein Umstand, der zur Stellung der Diagnose viel beitrug. Wahrscheinlich handelt es sich bei dem Fall um gummatöse Ablagerungen, die später zum Theil in Erweichung übergingen und so Gelenkperforation herbeiführten.

Trotz der grossen Veränderungen zeichnete sich der Fall durch die geringe Schmerzhaftigkeit und durch geringes Fieber aus.

Einen ähnlichen Fall haben wir im folgenden. Hier ist jedoch die Aetiologie nicht so ganz klar,

wie im Vorhergehenden, besonders wegen Fehlens der Concomitantien.

2) Karl K. aus Strassburg $2^3/_4$ Jahre alt. Die Eltern sind angeblich gesund, das Kind selbst soll bis zum 2. Jahre ebenfalls gesund gewesen sein. 2 Geschwister sind $4^1/_2$ Monate alt an Krämpfen gestorben. Die Mutter erzählt, beim Patienten habe sich zuerst ein Abscess unter dem Knie gebildet. Der sei jedoch von selbst wieder zurückgegangen. Vor 4 Monaten bildete sich in der Gegend des rechten Ellenbogengelenks eine Anschwellung, die aufging und sofort viel Eiter entleerte. Vor zwei Monaten entstand auch am linken Ellenbogen ein Abscess. Die Gelenke waren beweglich. Zugleich mit der Erkrankung des rechten Ellenbogens entstand ein Abscess an der rechten Wade.

Bei der Untersuchung finden wir ein ziemlich zart gebautes Kind von verhältnissmässig guter Ernährung, der ganze Habitus ist scrophulös. Am rechten Ellenbogengelenk, das gleichmässig angeschwollen ist, kommt man an der äusseren Seite etwas nach hinten mit der Sonde auf kranken Knochen. Bei Pro- und Supination fühlt man deutliche Crepitation im Gelenk. Die untere Epiphyse des Humerus ist etwas aufgetrieben; die Cubitaldrüse ist stark geschwollen.

Das linke Ellenbogengelenk wird vom Kinde constant etwa im rechten Winkel gehalten. An der äusseren Seite etwas nach hinten, über dem Condyl. ext., sitzt eine runde fluctuirende Geschwulst, über welcher die Haut stark glänzend geröthet und sehr verdünnt ist. Die untere Epi-

physe des Humerus ist stark aufgetrieben. Bei Pro- und Supination hat man leicht Crepitation im Gelenk. Die Schmerzhaftigkeit scheint bei Bewegungen nicht bedeutend zu sein.

An der rechten Wade ist ein grosser fluctuirender Abscess. Die Haut darüber ist nicht geröthet.

Der Fall schliesst sich, wie zu ersehen, dem ersten so ziemlich an, unterscheidet sich von ihm durch die starke Schwellung der Epiphyse des Humerus.

Der erste Fall war auch wegen der Analogie mit Anlass diesen ebenfalls als syphilitischen aufzufassen. Da der Patient erst kurze Zeit auf der Abtheilung liegt, lässt sich über den Erfolg der Therapie noch nichts sagen.

Ein anderes Bild bieten uns die nächsten Fälle.

3) und 4) Es handelt sich um 2 Mädchen von 6 und 15 Jahren. Bei beiden ist Verdacht auf congenitale Lues.

Bei dem 15jährigen Mädchen, dessen Photographie ich im Augenblicke vor mir habe, ist die Aetiologie deutlicher. Der Fall war von Herrn Prof. Lücke in Bern behandelt und zwar mit Erfolg. Die Mutter, die immer gesund gewesen sein wollte, erzählte, ihr Mann, der Vater des Kindes, habe immer an bösen Krankheiten, an Ausschlägen u. s. w. gelitten, später habe er sie verlassen.

Das Mädchen selbst zeigte zahlreiche papilläre Geschwüre auf Stirn, Gesicht und den Glutalen. Die Geschwüre sind auf dem Bilde deutlich zu sehen, zugleich sehen wir beide Kniegelenke und Fussgelenke vergrössert; auch die andern grösseren

Gelenke sind etwas betheiligt. Die Schwellung rührte von einem Erguss her. Nirgends war sonst eine Gelenkveränderung, auch bei näherer Untersuchung, zu constatiren. Auf Jodkalium und Roborantien trat beinahe vollständige Heilung ein. Die Ergüsse wurden resorbirt. An den Gelenken blieb kein Residuum, das auf das frühere Leiden schliessen liess.

Das Kind von 6 Jahren, M. Sch., das ich selbst gesehen, bietet ähnlichen Zustand. Anamnese ist gleich Null, aber die Multiplicität der Affection und der theilweise Erfolg der Jodpräparate lässt uns, besonders wenn wir den vorhergehenden Fall, der ganz ähnlich ist, dazu nehmen, ebenfalls auf congenitale Lues schliessen. Das Kind zeigte Erguss in beiden Ellenbogengelenken, Handgelenken, Kniegelenken. An den Gelenken sonst keine Veränderungen. Auf Roborantien und Jodpräparate schwindet der Erguss in einem Kniegelenke, ohne Residuen zu hinterlassen. Die Therapie wurde lange fortgesetzt. Der elende Zustand des Kindes konnte jedoch trotzdem nicht gebessert werden; nicht zu verwundern, wenn man bedenkt, dass das Kind die ganze Zeit sich in einem kleinen, überfüllten Spitalzimmer aufhalten musste. Auch die Gelenkaffectionen gingen nicht recht voran. Deshalb wurde den Eltern der Rath gegeben, das Kind wieder zu sich zu nehmen, da die Spitalluft sichtlich schlechten Einfluss auf die Besserung hatte.

Beide Fälle zeichneten sich durch die geringe Schmerzhaftigkeit aus; Fieber war nie vorhanden.

Der nächste Fall handelt von einem Erwachsenen, acquirirte Lues.

5) H. G., 35 Jahre alt. Am 28. Mai 1873 kam Patient, ein grosser kräftiger Mann, zur Aufnahme in die chirurgische Klinik. Er war gefallen und zeigte leichten Bluterguss im rechten Knie, zugleich leichtes Blutextravasat in der Gegend des rechten Trochanters. Auf Compression und Ruhe ging der Bluterguss, zu dem sich auch seröse Exsudation gesellt hatte, bald zurück. Auf das Blutextravasat am Trochanter wurde weiter keine Acht gegeben, nachdem es einige Tage beobachtet war. Der Gelenkerguss wurde, wie gesagt, nach einiger Zeit resorbirt, aber es zeigte sich allmählich eine Immobilität des Beines, obgleich kein fester Verband angewandt worden war. Schmerz bei Nacht und dann bei Bewegungen. Der Schmerz wurde besonders in die Gegend des Lig. patellare verlegt.

Bei näherer Untersuchung fand sich Schwellung der Kapsel und starke Crepitation, besonders stark, wenn die Beugung über einen rechten Winkel ging. Da der Verlauf ein auffallender war, wurde Patient genauer examinirt. Und da fand sich in der Gegend des Trochanters, wo früher das Extravasat constatirt war, eine ziemlich grosse Geschwulst, über der die Haut gespannt, aber verschieblich war. Zugleich gab Patient zu, dass er früher an einer venerischen Krankheit gelitten hätte; an der Corona glandis sind noch die Narbenresiduen davon zu sehen.

Wegen dieser Anamnese, der Geschwulst am Trochanter, die ganz einem Gumma entsprach,

wurde Jodkalium gegeben. Auf dieses hin ging der Tumor am Trochanter zurück, auch die Gelenkaffection schwand zum grössten Theil.

Die Bewegungen waren zwar theilweis noch beschränkt, die Kapselverdickung ging jedoch zurück, doch blieb noch eine elastische weiche Schwellung am Lig. patellare und die auffallende Crepitation.

Das Gumma am Trochanter, die frühere Erkrankung und der theilweise Erfolg der Therapie legte den Gedanken nahe, dass auch diese Gelenkaffection auf syphilitischer Basis beruhe. Diese Annahme war um so berechtigter durch den Verlauf der Erkrankung. Das relativ geringe Trauma brachte bei einem kräftigen Menschen eine lang dauernde Erkrankung hervor. Der Erguss schwand bald, fungöse Erkrankung war nicht da, Knochen- und erhebliche Knorpelerkrankung ebenfalls nicht, was sich schon dadurch documentirte, dass Patient beim Auftreten mit vollem Fusse keine Schmerzen hatte.

Die Bewegungen waren bloss bis zu einem gewissen Grade frei. Nimmt man noch die Fieberlosigkeit und den relativ schmerzlosen Verlauf hinzu, so kann man nach allem als indirecte Aetiologie wohl Lues gelten lassen.

Den pathologischen Prozess wollen wir so auffassen: in Folge von Trauma, Localisation der Lues im Gelenk und speciell im perisynovialen Gewebe. Hier entsteht diffuse Verdickung. Nur am Lig. patell. bietet sich eine circumscripte stärkere Schwellung dar. In der Folge schrumpfen die entzündeten Ge-

webe und wir bekommen die Beschränkung der Beweglichkeit und Crepitation, die letztere wohl in Folge von Knorpelveränderungen. Die Knorpelerkrankung ist noch oberflächlich. — Behandelt wurde Patient mit Jodkalium, Compression und Bädern.

Die Behandlung hatte, wie schon angeführt, guten Erfolg. Patient war jedoch noch nicht ganz geheilt, als er seine Entlassung aus dem Spital verlangte.

Ich hatte Gelegenheit, den Patienten öfters wieder zu sehen; mit der Zeit (beinahe 3 Jahre) hatte sich im Befund nichts weiter geändert, als dass Patient beim Auftreten über Schmerzen klagte, was früher nicht der Fall war. Zugleich fand sich, dass die Crepitation zweierlei Character zeigte, so dass anzunehmen ist, dass allmählich der Knorpel stärker erodirte.

Merkwürdig ist bei dem Fall die rasche Schrumpfung der Gelenkweichtheile. Fieber war nie vorhanden.

6) Dieser Fall ist aus der Privatpraxis von Herrn Prof. Lücke.

Herr H., 45 Jahre alt, litt seit 10 Jahren an Erscheinungen secundärer Syphilis. Auf Mercur trat Heilung ein. Kurz darauf trat im linken Knie Hydrops auf und zwar ohne weitere Veranlassung. Localmittel, Derivantien, Jod, feste Verbände wurden von anderer Seite verordnet. Aber umsonst. Als Herr Prof. Lücke den Fall sah, war das Gelenk stark aufgetrieben; die Verdickung rührte von einem Erguss her; das Gelenk war stark beweglich. Bei

Bewegungen leichtes Knarren, kein Schmerz, nur trat bald Ermüdung ein. Auf die Anamnese gestützt, wurde Einreibung mit Unguentum cinereum verordnet; nach einiger Zeit war der Hydrops verschwunden, aber das Knarren blieb zurück, was sich wahrscheinlich durch Atrophie des Knorpels erklärt.

Soweit unsere eigenen Beobachtungen und Krankengeschichten.

Literatur.

Schliessen wir an unsere Fälle die *Literatur* an. Sie ist bis jetzt nicht sehr reichlich und dann auch sehr zerstreut. Der Grund liegt zum Theil daran, dass die Gelenkkrankheiten überhaupt erst seit verhältnissmässig kurzer Zeit ins Auge gefasst sind.

Wiesemann 1734 war, wie bekannt, der erste, der sich eingehender mit ihnen beschäftigte; hauptsächlich ihm und Brodie, Bonnet, neuerdings Billroth, Volkmann und Hueter — um einige Namen zu nennen — haben wir unsere bessere Kenntniss dieser Krankheit zu verdanken.

Ueber die Veranlassungen zu den Erkrankungen in den Gelenken waren früher und sind heute noch die Autoren uneinig. Ausser Trauma war Scrophulosis und Erkältungen längst als Aetiologie anerkannt; auch Gicht kam zur Geltung; der Einfluss der Syphilis dagegen war und ist bis heute von mancher Seite noch bestritten. Von den Alten zwar wurde ihr Einfluss ohne Weiteres angenommen.

Mit zu Ersten, die eine bestimmte Angabe machen, gehört wohl Astruc.

Er sagt 1777 in seinem Werke *De morbis venereis:* «Ankylose ist hie und da Folge der Syphilis.»

Favre in seinem *Traité des maladies vénériennes* spricht sich im selben Jahre noch im gleichen Sinn aus.

Georg Hafner, Breslau 1795, meint, bei venerischen Lustbeulen, die entweder von selbst sich zurückzogen, oder durch Kunst zurückgetrieben wurden, übersetzen sich die Säfte ans Knie und machen eben da, wie ich selbst beobachtet habe, eine Wassersucht.

Swediaur, *Traité complet des maladies vénériennes*, trad. franç., Paris 1801, erklärt, man müsse viele Fälle von Gelenkkrankheiten, die man dem Rheuma und dem Tripper zur Last lege, der Syphilis zuschreiben.

Rust, *Arthrokakologie*, Wien 1817, sagt Seite 27, er habe oft Verrenkungen im Hüftgelenk gesehen, aber hauptsächlich am Knie und Ellenbogengelenke, die sicher der Syphilis zur Last zu legen seien. Fall 4 und 10 seiner Krankengeschichte gehören hieher. Er giebt als Differentialsymptome hauptsächlich die Exacerbation der Schmerzen bei Nacht, dann die Intermittenz der Erscheinungen an.

Russel, *Ueber die Krankheiten des Kniegelenkes*, aus dem Englischen übersetzt von Dr. Goldhagen, Halle 1817. Er spricht sich dahin aus: Syphilis giebt unbedingt Anlass zu Entzündungen der Synovialis.

Nach Brodie 1818 kann Entzündung der Syno-

vialmembran als Symptom constitutioneller Erkrankung auftreten. Er führt jedoch Syphilis nicht namentlich an.

Sein Uebersetzer, C. P. Holscher, Hannover 1821, bemerkt in den Zusätzen, im Kapitel über Gelenkwassersucht: «Die schlimmsten Fälle sind aber die, welche durch eine Complication von Scropheln und Syphilis entstanden sind.»

Hunter ist wohl der erste, der ausdrücklich sagt, er erinnere sich nicht, jemals ein Gelenk in Folge von Syphilis afficirt gesehen zu haben. Einer seiner Schüler dagegen, Babington, lässt bei der Herausgabe der Werke Hunters nicht nur syphilitische Gelenkleiden zu, sondern unterscheidet sogar solche der secundären und tertiären Periode.

Ph. Boyer, *Traité pratique de la syphilis*, p. 158, nimmt an, dass die fibröse Kapsel und die Gelenkbänder oft der Sitz einer syphilitischen Entzündung seien. Die Beschreibung jedoch, die er giebt, soll[1] mehr den Trippergelenkaffectionen entsprechen.

Chomel, *Leçons de clinique médicale — Rhumatisme et goutte*, par Croquin, Paris 1834, p. 339, sucht eine Differentialdiagnose zu geben. Die Krankheit ist nach ihm auf einen Theil des Gelenkes beschränkt; nimmt die Synovialis Antheil, so ist natürlich das ganze Gelenk angeschwollen. Der Schmerz ist jedoch auch hier auf einen Punkt localisirt. Die Beweglichkeit ist erhalten, die Bewegungen lassen sich ohne grössere Schmerzen ausführen.

---

1. Das Werk war mir nicht zugänglich.

Er will durch diese Symptome die Krankheit von den rheumatischen unterscheiden, die Anamnese sollte jedoch immer eine grosse Rolle spielen.

Jaeger[1]. Syphilis erzeugt (er giebt Brodie als Gewährsmann an) nie eine Synovitis. Er lässt jedoch syphilitische Gelenkknochenerkrankungen gelten.

Ricord ist negativer Ansicht. Nach ihm, wie Richet erzählt, befällt die Syphilis beinahe nie das spongiöse Gewebe. Die Gelenke sind hauptsächlich daraus zusammengesetzt, also sei es nicht zu verwundern, dass wir nie syphilitischen Gelenkaffectionen begegnen, aber wenn scrophulöse Individuen Syphilis bekommen, kann eine gemischte Dyscrasie entstehen. Bekommen solche Individuen einen Tumor albus, so ist der Character ein gemischter. Ricord fügt hinzu, Mercur wirke in diesen Fällen wunderbar.

Richet 1853 ist der erste[2], der sich bestimmt und genau ausspricht und seine Behauptungen durch Krankengeschichten belegt. Er sagt: «Syphilis ist im Stande, für sich allein Entzündungen der Synovialis und der Knochenenden hervorzurufen und zwar bei Personen, die kein Zeichen von Scropheln bieten. Dieser directe Einfluss der Syphilis trifft bald die Synovialis, bald die Gelenkenden, bald aber auch beide zusammen.

Bei den Erkrankungen der Synovialis handelt es sich in den 3 angeführten Fällen um Individuen, die entweder früher oder im Augenblick noch an

1. Im *Handwörterbuch der gesammten Chirurgie und Augenheilkunde*, von Walther, Jæger und Radius. Leipzig, 1833.

2. In den *Mémoires de l'Académie impériale de médecine*. 17. Band.

ausgesprochener Lues litten. Die Patienten bekamen allmählich Schwellung des Kniegelenkes — im ersten Falle waren beide afficirt. — Die Anschwellung nahm zu, verschwand wieder beinahe vollständig, kehrte wieder. Fieber war nie vorhanden, Schmerzen auch nicht sehr, nur im 2. Falle, wo die Schwellung acuter auftrat, zeigte sich stärkere Schmerzhaftigkeit. Die Schmerzen wurden bei Bewegungen nicht stärker. Die Fälle wurden zuerst wie gewöhnliche Synovititen behandelt. Umsonst. Erst die antisyphilitische Behandlung brachte Heilung. Ausdrücklich wird angegeben, in einem Falle, dem 3., waren circumscripte Verhärtungen zu fühlen.

Richet erklärt, er sei überzeugt, dass eine grosse Anzahl chronischer Hydrarthrosen, die jeder Behandlung spotten, nichts seien als syphilitische Synovititen.

Die Diagnose, sagt Richet, ist schwierig; der Erguss zeigt sich ebenso bei chronischem Hydrops. Es ist wahr, fügt er hinzu, wenn man harte Knoten in der Synovialis findet, Schmerzen nur während der Ruhe vorhanden sind oder wenigstens sich bei Bewegungen nicht verstärken, dann könnte man an Syphilis denken. Aber es sind hauptsächlich die Antecedentien, der Gang der Krankheit, der Widerstand, den sie gewöhnlichen Mitteln entgegengestellt und dann die syphilitischen Symptome, die eventuell noch vorhanden sind, das sind die Anhaltspunkte für eine richtige Diagnose. Unumgänglich nöthig ist jedoch, um die Diagnose sicher zu machen, der Erfolg der antisyphilitischen Behandlung.

Die Prognose ist verhältnissmässig gut; es muss eine lange Zeit vorübergehen, ehe schlimme Folgen resultiren, so Beschränkung der Beweglichkeit, wie diese auch im 2. Falle nicht wieder ganz hergestellt werden konnte.

Allgemein wendet Richet Mercur und Jod an, local wurde Compression benutzt, dann aromatische Beräucherungen. Bettruhe hält Richet nicht für nöthig.

Ueber die syphilitischen Entzündungen der Gelenkenden spricht sich Richet dahin aus: «sie gehören zu den schweren und letzten Zufällen der Syphilis.»

Bei den 3 Kranken, die er beobachtete, trat sie erst spät ein.

Die Krankheit beginnt einige Male rasch, wie beim 1. Falle und zeigt sich wie Rheuma durch vage Schmerzen an. Die andern Male erschien die Krankheit langsam, verschwindet wieder und kommt wieder.

In den 3 Fällen findet sich die Affection am Femur, in einem Falle ist das obere Ende hauptsächlich befallen, in den beiden andern die Condylen.

Der Schmerz ist sehr lebhaft, reissend, besonders Nachts, sitzt hauptsächlich im Gelenk, dann in der ganzen Länge des Knochens.

Die passiven Bewegungen wurden sehr empfunden.

In allen 3 Fällen ist die Synovialis betheiligt.

Die Schwellung der Gelenke ist nicht allein durch den Erguss bedingt, sondern auch durch die Verdickung der afficirten Gelenkenden.

Im 2. Falle zeigt sich ein fremder Körper am Gelenk von der Grösse einer grossen Nuss; er ist theilweise beweglich. Richet hält ihn für eine Verdickung des Zellgewebes der Gelenkkapsel.

Die Allgemeinerscheinungen sind gleich Null, nur der 2. Fall hatte eine Zeit lang kurz nach einer Punction des Kniegelenkes etwas Fieber. Der elende Zustand, in den die Patienten gerathen, ist wohl auf die Schmerzen und ihre Folgen (Schlaflosigkeit u. s. w.) zu schieben, dann auch auf die Kachexie, die ja so oft im Gefolge der Syphilis auftritt. Die Dauer ist sehr lange.

Zur Eiterbildung hat weder die Gelenkostitis, noch die Synovitis, die sie begleitet, rechte Neigung, zum Unterschied von der einfachen Ostitis.

Der Eiter ist, wenn er entsteht, viscös fadenziehend und die fistulösen Ulcerationen zeigen venerischen Character.

Der letztere tritt jedoch überhaupt nur ein, wenn die Krankheit sich selbst überlassen wird; wird sie ordentlich behandelt, so tritt vollständige Resolution ein, d. h. wenn die knöchernen und synovialen Gewebe nicht schon zu sehr in ihrer Struktur verändert sind. Wird die Krankheit nicht noch rechtzeitig behandelt, dann ist oft blos noch Ankylose das einzig Erreichbare. Die synovialen Gewebe schrumpfen, der Knorpel schwindet. Die Prognose ist günstiger, als die einer entzündlichen oder scrophulösen Gelenkostitis.

Die Diagnose ist selten klar und leicht. Vom acuten Gelenkrheumatismus, auf den die vagen Schmerzen hindeuten, unterscheidet sie sich durch

das Fehlen des Fiebers; bei Rheuma sind die das Gelenk bedeckenden Weichtheile geröthet. Bei der syphilitischen Ostitis haben wir kein Fieber; die Gelenke sind selten der Sitz von Wärme, Röthe.

Ist die Krankheit etablirt, so ist sie nicht sehr leicht von gewöhnlicher Ostitis zu unterscheiden. Diese ist oft durch die Scrophulose modificirt; sie bleibt auch jedenfalls lange auf die Knochen beschränkt, ohne Erscheinungen von Seiten des Gelenkes zu machen. Die syphilitische Ostitis zeigt dagegen bald Symptome von Seiten des Gelenkes, Schmerzen, besonders nächtliche, und Schwierigkeit in den Bewegungen und eine rasche Theilnahme der Synovialis.

Wenn die gewöhnliche Ostitis sich auf die Synovialis erstreckt, so nehmen bald die oberflächlichen Bedeckungen Antheil; alle Erscheinungen sind durch Wärme angezeigt; Oedem in dem periarticularen Gewebe und dann durch Fieber.

Bei der syphilitischen Ostitis haben die umgebenden Gewebe keine Neigung zu schwellen, rothes Aussehen anzunehmen; sie scheinen keinen Antheil an den Schmerzen zu nehmen. Diese haben ihren Sitz in der Tiefe. Dann sind keine Allgemeinerscheinungen vorhanden. Bei syphilitischer Ostitis hören die Schmerzen oft bei Tagesanbruch bei gehöriger Schonung auf.

Bei scrophulöser Ostitis der Gelenkknochen sind oft alle Knochen, die sich am Gelenk betheiligen, ergriffen, bei syphilitischer Ostitis gewöhnlich nur ein Knochen.

Auch hier wird der Erfolg der Behandlung den Ausschlag geben.

Fassen wir die Symptome rasch zusammen, so haben wir kein Fieber, keine locale Reaction, Anschwellung der Knochen, Verdickung der Synovialis, Gelenkerguss, dann sehr lebhaft plötzlich auftretende Schmerzen.

Soweit Richet über die 2 Formen der syphilitischen Gelenkaffectionen. Ich habe mich so lange bei ihm aufgehalten, weil wir ihm eigentlich erst die Kenntniss der syphilitischen Gelenkerkrankungen verdanken.

Crocq, *Traité des tumeurs blanches des articulations,* Bruxelles 1854, der ebenfalls über unser Thema Notizen giebt, ist mir leider nicht zugänglich geworden.

Follin, *Traité de pathologie externe,* Seite 714, erzählt: «Eine Kniegelenksaffection ist durch specifische Behandlung geheilt worden.»

Coulson 1858. Er sah eine Gelenksaffection in Folge von Durchbruch eines syphilitischen Tumors in das Knie.

Bryant 1859 erkennt den Einfluss der Syphilis auf die Gelenksaffectionen an und empfiehlt eventuell antisyphilitische Behandlung.

Lancereaux, der sich wieder eingehender mit unserer Krankheit beschäftigt, unterscheidet secundäre und tertiäre Formen.

Die secundären Affectionen verlaufen acut, kommen mit andern syphilitischen secundären Symptomen zugleich vor. Sie sind mit starker Röthe, Schmerz der ergriffenen Partie verbunden. Sie

verschwinden mit den andern Erscheinungen auf Quecksilbergebrauch.

Die tertiären Formen sind chronischer, verlaufen mit mässigen Schmerzen — des Nachts Exacerbationen — ohne Fieber, die Beweglichkeit ist theilweise erhalten.

Lancereaux ist der erste, der seine Angaben durch eine Section bestätigt. Es sei mir erlaubt, dass ich ihr Ergebniss zum Theil anführe. Lancereaux ist der erste und mit Oedmanson und Volkmann der einzige, der eine Section machen konnte.

Zahlreiche Syphilome der Leber, Ulcerationen und Narben in der Trachea und den grossen Bronchien; Ascites.

Beide Kniegelenke vergrössert, sie enthalten jedes mehr als ein Glas gelblicher, etwas unreiner Flüssigkeit.

Die Synovialis ist beiderseits verdickt und zugleich injicirt, überzogen von mehreren Pseudomembranen.

Die Gelenkfläche des linken Condyl. extern. ist an einer Stelle erodirt. Ebenso zum Theil der Gelenkknorpel und die Kniescheibe.

Die Hauptveränderung hat ihren Sitz in den fibrösen Geweben des Gelenkes; auf der rechten Seite ist ein Theil des Lig. patellare, das Fettgewebe hinter der Synovialis, alle fibrösen Gewebe, die sich an die Tibia ansetzen, in eine gelbgraue homogene elastische Masse verwandelt. Die Masse ist durch ihr Aussehen, ihre Consistenz und Structur, den Krankheitsproducten in der

Leber ähnlich; auch sie ist, wie jene, gummöse Masse.

Das linke Gelenk ist ebenso, nur in geringerem Maasse, betheiligt. Dieser Fall, sagt Lancereaux, zeigt, dass das subsynoviale und das fibröse Gewebe hier der Sitz der Neubildung ist, die sich weder durch ihre Consistenz, noch durch Farbe, noch durch Histologie von den Massen in den inneren Organen unterscheidet.

Die Synovialis ist nicht erheblich afficirt, die Knorpel sind erodirt, an manchen Stellen aber erst secundär, wie Lancereaux annimmt.

Leider sind die Symptomen von Seiten des Gelenkes im Leben nicht angegeben.

Beim 2. Fall handelt es sich um ein Individuum von 42 Jahren, das an ausgesprochener Lues litt; die Erkrankung war im Knie.

Die Schwellung intermittirt, die Schmerzen sind bei Nacht stärker, der Schmerz sitzt an der inneren Seite des Gelenkes. Zur Seite des Lig. patellare sind weiche, elastische Massen, die abzugrenzen sind, zu fühlen, ebenso noch an anderen Stellen harte und schmerzlose Anschwellungen, Fremdkörpern analog. Kein Fieber; Beweglichkeit zum Theil erhalten.

Der 3. Patient, 25 Jahre alt, hatte sich im 19. Jahre inficirt, litt an einer Hydrarthrose des linken Knies; der Gelenkerguss ist Folge der syphilitischen Entzündung der benachbarten Knochen.

Von 59 ab, wo Chassaignac in der *Clinique européenne* von einer Dactylitis syphilitica spricht, häufen sich die Autoren, die besonders über

diese Erscheinung sprechen. Das Thema geht uns an, weil meistens auch ein Gelenk an der Erkrankung Theil nimmt. Wir werden weiter unten noch über diese syphilitische Erkrankung sprechen.

Für jetzt wollen wir noch einen englischen Autor hören.

Barwell, der in seinem *Treatise of disease of the joints*, London 1681, dem Einfluss der Syphilis auf die Gelenke, ein Kapitel widmet.

Syphilitische Synovitis ist nach ihm selten, ist jedoch häufig genug, um besprochen zu werden.

Er führt 3 Fälle an, sagt jedoch ausdrücklich, er habe noch verschiedene gesehen. Die Affection befällt nach ihm hauptsächlich das Kniegelenk, dann das Fussgelenk, dann Ellenbogen und, nach einem Falle den er gesehen, das Handgelenk.

In 2 Fällen waren zugleich Anschwellungen am Schienbein und nächtliche Schmerzen. Syphilitische Eruption war noch theilweis vorhanden. Die Affectionen treten im 2. oder 3. Stadium auf.

Der Verlauf ist verschieden, sagt Barwell, manchmal subacut, manchmal chronisch: nie sah Barwell eine Ulceration des Knorpels oder ein schwereres Gelenkleiden resultiren.

In den 3 Fällen, die er beschreibt, handelt es sich bei zweien ums Knie-, in einem Falle um das Fussgelenk.

Behandlung ist eine antisyphilitische eventuell mit Tonicis, local Ruhestellung.

Auch Barwell giebt an, dass die Anschwellungen intermittirend aufgetreten.

Im 2. Fall scheint auch der Knochen oder

wenigstens der Periost mitbetheiligt gewesen zu sein.

Kommen wir jetzt wieder auf die sogenannte Dactylitis syphilitica zurück.

Wir verstehen unter dieser Erkrankung eine Periostitis, oder Ostitis der Finger oder Zehen, die auf syphilitischer Basis beruht, sei es, dass die Syphilis congenital oder erworben ist, dabei ist gewöhnlich noch eins der Phalangealgelenke miterkrankt, was sich oft schon durch eine Crepitation characterisirt.

Chassaignac und Nelaton in *Gazette des hôpitaux*, 1860, p. 113, sind die ersten, die auf diese Fälle aufmerksam machen. Beim Fall von Nelaton, der eigentlich nicht hierher gehört, da kein Gelenk mitafficirt ist, handelt es sich um ein Individuum von 50 Jahren. Das basale und mittlere Glied des Mittelfingers war um 1 Cm. vergrössert. Nelaton erklärt den Fall für ein syphilitisches Leiden mit dem Sitz in der Sehnenscheide und dem Periost der 2 ersten Fingerglieder.

Ihnen folgte Lücke, der in der *Berliner klinischen Wochenschrift*, 1867, p. 525 und p. 534, über 2 Fälle berichtet, die nicht allein syphilitisches Fingerleiden zeigten, sondern für uns sonst noch interessant sind.

Im 1. Falle handelt es sich um ein Individuum von 54 Jahren. Beim Eintritt ins Spital war das linke Knie geschwollen, die Haut darüber ist unverändert; die Kapsel ist verdickt; Gelenkerguss; Bewegungen etwas schmerzhaft.

Der kleine Finger der rechten Hand zeigt an allen 3 Phalangen gleichmässig vertheilte Ver-

dickung. Analoge Verhältnisse an 2 Zehen. Trotz mangelnder Anamnese characterisirten sich die verschiedenen Affectionen am Knochen und Gelenk doch hinreichend deutlich, um eine antisyphilitische Behandlung zu veranlassen. Der Erfolg war ein sehr guter; alle Erscheinungen gingen zurück, nur fühlte man am kleinen Finger im Gelenk zwischen 1. und 2. Phalanx Crepitation und abnorme Beweglichkeit.

2. Fall. P. ist 50 Jahre alt. Die Hoden theilweise gangränös, sonst Geschwüre, Gummata. Zeitweilig eine schmerzhafte Schwellung im Kniegelenk. Später bildet sich eine Schwellung des rechten Handgelenkes. Kurz darauf wurde die rechte grosse Zehe ergriffen, beide Phalangen schwollen an in Folge gleichmässiger schmerzloser Infiltration aller Weichtheile. Durch Schwefelbäder schlechten Erfolg. Die 2. Zehe des linken Fusses ist gleichmässig über alle 3 Phalangen geschwollen. Das letzte Zehengelenk crepitirt bei starker Beweglichkeit deutlich.

P. wurde durch Jod und Mercur beinahe geheilt entlassen. Nach einiger Zeit kam er jedoch wieder. Das ergriffene Gelenk an der 2. Zehe ist eröffnet und crepitirt rauh.

P. wurde mit Bädern, Jodeisen und localer Compression behandelt und nach einiger Zeit geheilt entlassen. Die Heilung hielt an.

Lücke erzählt in seiner Epicrise dann noch von einem 3. Falle, den er gesehen: deutliche Zeichen von Lues, Erguss im Kniegelenk, circumscripte Verdickung der Kapsel.

Archambault, *l'Union médicale,* 1869, Nr. 140, sah bei einem Kinde eine Hypertrophie der letzten Phalanx, analog der Spina ventosa, jedoch war kein Gelenk ergriffen, deshalb für uns kein Interesse.

Leichter Erguss in beiden Gelenken; die Hauptveränderungen sind an der Synovialis. Dieselbe ist verdickt und an vielen Stellen mit Excrescenzen besetzt. Die Knorpel sind an verschiedenen Stellen verändert; an der Patella zeigte sich eine grosse Anzahl von Auswüchsen, die unter dem Mikroskop die Beschaffenheit von hyalinem Knorpel zeigen.

Oedmanson, in dem nordischen medicinischen Archiv, Band I, Nr. 18, 1869, erzählt in seiner syphilitischen Kasuistik, Seite 66—72, von einem 54jährigen Manne, der seit langer Zeit an Syphilis litt, der dann im Spital an Pneumonie starb.

Sectionsbefund. Die Section ergab Syphiliden, Geschwüre und Gummata, überall zerstreut, dann, was uns hauptsächlich interessirt, eine Synovitis beider Kniegelenke, besonders des rechten.

1870 erschien dann ein Aufsatz von Dr. Risel aus der Klinik von Volkmann in der Berliner klinischen Wochenschrift, der sehr viel Interessantes bietet. Wir werden weiter unten noch einmal darauf zurückkommen. Für jetzt nur der Fall, über den Risel spricht.

Patientin — hereditäre Verhältnisse sind nicht nachzuweisen — bekam im 22. Jahre Schwellung der rechten Hand und des linken Kniegelenkes, bald darauf des linken, im 25. Jahre des rechten Fussgelenkes. Theilweise Heilung nach längerer

Zeit; am rechten Fussgelenke zeigte sich die Schwellung öfters wieder. Vom rechten Handgelenk, das sich nicht gebessert hatte, wanderte die Schwellung bald an die 1. und 2. Phalanx der 4 ersten Finger. Am Zeigefinger öffnete sich die Haut auf der Radialseite, entleerte wenig Eiter, schloss sich einige Wochen später wieder, um beträchtliche Verkürzung und passive Beweglichkeit des Gliedes unter Trennung der Phalanx in ihrer Mitte zurückzulassen, ohne dass jemals die Ausstossung eines Sequesters beobachtet wurde. Die Affection heilte nach längerer Behandlung, während der verschiedene Glieder befallen waren. Phalangealgelenke waren jedoch nie erkrankt, später starb Patientin an Darmblutungen.

Section. Neben verschiedenen anderen Veränderungen, die die Diagnose Lues klar machten, zeigte sich an der linken Tibia auf dem Condyl. extern. die centrale Hälfte der Knorpelfläche leicht gelblich verfärbt, getrübt und zeigte flache, wellige Erhabenheiten; in Mitten derselben finden sich 2 erbsengrosse, ziemlich scharfrandige, übernarbte Knorpeldefecte; ähnliche Erscheinungen auf der Gelenkfläche des Condyl. int. Beträchtlich grösser und tiefer, scheinbar bis in den Knochen dringend, sind die vernarbten Knorpelgeschwüre auf der unteren Gelenkfläche der Tibia; sie liegen mehr an der Peripherie. An der Synovialis keine groben Veränderungen.

Im Leben verhältnissmässig geringe Störungen, trotz der ziemlich grossen Veränderungen im

Gelenk. Wie gesagt, wir kommen auf den Aufsatz noch weiter unten zurück.

Gehen wir vorerst noch weiter in dem Studium der Literatur.

Berg, *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Heft II, 1870, Fall von gummöser Dactylitis erzählt.

9 Jahre nach Beginn der Syphilis zeigte sich eine Geschwulst des Basalgliedes des rechten Mittelfingers. Die Geschwulst war hauptsächlich vom Knochen gebildet. Kurz darauf entwickelt sich ein Hydrarthron der mittleren Fingerarticulation. Nach einer antisyphilitischen Behandlung zeigte sich die vom bedeutenden Erguss erweiterte und ganz schlaffe Articulation wieder ganz normal. Das Leiden der Synovialmembran hat sich schleichend, ganz schmerzlos entwickelt.

Der Fall von Hayfelder, der in der Petersburger medicinischen Zeitschrift 1870 unter dem Titel *Dactylitis syphilitica multiplex* veröffentlicht ist, kann hier keinen Platz finden, da kein Gelenk betheiligt ist.

Taylor, *Syphilitic lesions of the fingers and toes, New-York, medical Gazette*, Februar 1871, bespricht nach einem Berichte über die Fortschritte der Medicin, die der tertiären Periode angehörigen Formen der Dactylitis. Sie bestehen nach ihm in einer Infiltration gummöser Massen, sei es in das Unterhautbindegewebe oder die fibröse Gelenkgebilde; unter die Synovitalmembran, sei es in den Knochen und in fernerer Folge in den Gelenkknorpel.

R. Wigglesworth, Eduard, *Case of dactylitis syphil., Boston, medical and surgic. journal, Mai* (Jahresbericht der gesammten Medicin, 1872).

Er erzählt: Ein 18jähriges Dienstmädchen, bei dem syphilitische Erscheinungen vorausgingen und noch da waren (ob die Syphilis hereditär oder acquirirt war, ist in dem Bericht nicht angegeben), zeigte gleichzeitige Anschwellung der rechten grossen und zweiten Zehe, bald auch der ersten Phalanx und des Gelenkes des linken Ringfingers, Schmerzen am Knie; Erfolg auf antisyphilitische Behandlung.

Im selben Jahre veröffentlicht Lancereaux in der *Union médicale*, Nr. 88, einen Auszug aus seinem Lehrbuch über *Les arthrites syphilitiques.* Wir haben das betreffende Kapitel des Lehrbuches schon gegeben, deshalb ist über diesen Auszug keine weitere Besprechung mehr nöthig.

Schon längst hätten wir eine Entdeckung anführen müssen — sie datirt aus dem Jahre 1870 —, nämlich die von Wegner. Wir thaten es jedoch nicht aus besonderen Gründen, und die Erwähnung wäre auch hier noch nicht geschehen, wenn nicht der nächste Autor darauf Bezug nähme. Die genauere Besprechung ersparen wir uns auf nachher.

Parrot, M. J.[1], meint nämlich im Anschluss an diese Entdeckungen:

Nach Abtrennung der Epiphysen vor der Dia-

1. Sur une pseudo-paralysie causée par une altération du système osseux chez les nouveau-nés atteints de syphilis. *Archives de physiol. normale et pathol.*, Nrn. 3-5, 1872.

physe werden oft auch die umgebenden Theile ergriffen, es tritt Entzündung der Gelenke des Zellgewebes, der Muskeln ein, es folgt Eiterung, Anschwellung um das Gelenk.

1873 haben wir Morgan, John, *On dactyl. syphilit. Medical Press and Circ,* April, und derselbe, *On dactylitis syphilit., specific affect of the fingers and toes. Dublin, Journal of medical science,* April.

Er erzählt: er habe öfters solche Fälle gesehen, wo Finger und Zehen — besonders bei Kindern, deren Eltern ausgesprochenerweise an Lues litten — das Bild der Dactylitis boten; er setzt hinzu: diese Krankheit kommt, im Gegensatz zu anderen syphilitischen Symptomen, oft erst in späteren Jahren zum Vorschein.

Befallen sind die oberflächlichen Gewebe um das Gelenk herum. Die Affection befällt gewöhnlich das erste Glied. Er unterscheidet eine weniger schmerzhafte und eine Form, die mit stärkeren Schmerzen und Röthung der Haut verbunden ist.

Lane, S. A., *Abstract of a lecture on tertiary syphilis and syphilitic cachexie, Lancet, July 1873.*

In der tertiären Syphilis findet man nach ihm als Symptom hie und da Arthritis, die ihren Ausgang in den fibrösen Geweben nimmt.

Kommen wir wieder zu einem Franzosen, denen wir, wie wir sahen, besonders unsere Erfahrungen auf diesem Gebiet verdanken.

Verneuil, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie,* 1873.

Er kommt zum Ausspruch: Die Existenz der syphilitischen Gelenkkrankheiten wird von Niemand

mehr bezweifelt, was jedoch, wie wir unten sehen werden, für Deutschland doch nicht so ganz richtig ist.

Seine Krankengeschichten:

P. wurde 24 Jahre alt wegen eines Ergusses im linken Knie aufgenommen. Er hatte das Uebel seit 15 Tagen. Es trat auf ohne nachweisbaren Grund. Schmerz war nicht vorhanden; die Bewegungen wenig verhindert. Zugleich, jedoch nach Angabe später aufgetreten, fand sich an der Tibia ein Gumma, an der anderen Tibia syphilitische Narben.

Behandlung: Jod. In 10 Tagen ist die Hydrarthrose geheilt.

2. Fall. Patient ist 26 Jahre alt. Syphilis von früher ganz sicher zu constatiren. Das rechte Knie des Patienten wird krank. Die Schwellung fing an der inneren Seite an in der Höhe des Condyl. femoris, allmählich verbreitete sie sich und hatte zuletzt die ganze Gegend eingenommen.

Nie hatte er lebhafte Schmerzen gehabt, nur Steifigkeit, Schwäche. Bei der Untersuchung fand sich, neben einem Gumma neueren Datums, deutlicher Gelenkerguss. Auf antisyphilitische Behandlung baldige Heilung.

Wir wären jetzt, mit einigen Ausnahmen, mit den Autoren fertig, die sich speciell auf unserem Gebiet beschäftigt haben; besprechen wir kurz noch, was einzelne Chirurgen und Syphilidologen der Jetztzeit über unsere Frage sagen.

Volkmann in Pitha und Billroth sah selbst im Stadium der acuten Invasion der Syphilis gleich-

zeitig mit Exanthem und Fieber rasch wieder verschwindende polyarticuläre Gelenkentzündungen; aber auch monarticuläre, acut auftretende und dann sehr hartnäckig werdende Hydrarthrosen, besonders des Kniegelenks, sind beobachtet worden. Jedenfalls, setzt er hinzu, ist das Vorkommen acuter und subacuter syphilitischer Arthromeningiten vielmehr erwiesen, als das einer syphilitischen Gelenkcaries.

Hueter, in seiner *Klinik der Gelenkkrankheiten*, sagt Seite 107:

«Die syphilitischen Entzündungen der Gelenke befallen zuweilen an einem Kranken mehrere Gelenke, häufiger freilich nur eines und zwar besonders das Kniegelenk. An diesem Gelenk habe ich, setzt er hinzu, eine syphilitische Synovitis und zwar in der Form einer Synovitis hyperplastica mit Bildung gummatöser Infiltration beobachtet. Auch synoviale Ergüsse kommen unter dem Einfluss der Syphilis vor. Ich glaube, fährt er fort, dass die syphilitischen Gelenkentzündungen ungefähr so selten sind, als die gonorrhoischen. Die Gummiknoten in der Synovialis finden ihr Analogon nach Hueter in dem Auftreten von Rotzknoten in der Synovialis.

Bardeleben hält die syphilitischen Gelenkentzündungen für keineswegs selten; nach ihm verlaufen sie manchmal sehr acut.

Zuletzt wollen wir Bonnet noch das Wort geben. Er sagt in seinem *Traité des maladies des articulations*, 1845, Seite 99 im 1. Band:

«Tout le monde admet les diathèses scrofuleuses rhumatismales, tuberculeuses, l'existence de la vérole

constitutionnelle» u. s. w. «Eh bien, fährt er fort, il n'est aucune de ces affections générales qui ne puisse se manifester par les maladies articulaires.»

Die Einwürfe der Gegner.

Wir hätten auf diese Weise das Material gesammelt, an dessen Hand wir unsere Ansicht über unsere Erkrankung aussprechen könnten. Wir wollen jedoch vorher noch die Einwürfe der Gegner, deren es nicht wenige sind, geben. Unter den Gegnern haben wir hauptsächlich Syphilidologen von Fach. Hauptvertreter ist wohl Zeissl.

In seinem Lehrbuch, *Die Syphilis,* Stuttgart 1870, widmet er der Frage ein Kapitel.

Die Frage involvirt nach ihm mehrere Fragen, zunächst ob die Gelenkenden der Knochen die Synovialhaut, die Gelenkknorpel, die Bänder und die Bandscheiben und Faserknorpel der Gelenke an Syphilis erkranken können. Was die Gelenkenden der Knochen, die Epiphysen, anbelangt, so ist längst angenommen, fährt Zeissl fort, dass in Folge der Syphilis in der Regel nur die Diaphysen erkranken.

Schwieriger ist die Beantwortung der Frage, ob die Gelenkknorpel, die fibrösen Gebilde der Gelenke, die Synovialmembran und die Gelenkbänder durch die Syphilis afficirt werden.

Es liesse sich eine derartige Erkrankung um so mehr erwarten, als im Beginne der Syphilis, im sogenannten Eruptionsfieber, so häufig rheumaartige Schmerzen einzelner Gelenke auftreten und andererseits histologisch verwandte Gebilde, wie Nasen- und

Kehlkopfknorpel, die fibrösen Membranen des Hodens durch die Syphilis sehr oft erkranken. Er hätte jedoch trotz seiner grossen Praxis nicht einen Fall gesehen, den er der Syphilis zur Last legen konnte. Nach ihm liefern selbst Gelenkaffectionen, die während der antisyphilitischen Behandlung schwinden, noch keinen Beweis. Man wird nur dann berechtigt sein zu glauben, dass auch Gelenke der Sitz der Syphilis sein können, wenn es anatomisch dargethan sein wird, dass in den die Gelenke constituirenden Gebilden das specifische Krankheitsproduct der Syphilis, das Gumma, vorkommt.

Zeissl führt in diesem Kapitel wohl alle Einwürfe an, die von der Gegenseite gemacht werden und wir können deshalb die Ansichten der anderen Gegner übergehen und in unserer Abhandlung weitergehen.

Sehen wir, warum gerade Syphilidologen besonders den Einfluss der Syphilis auf die Gelenke bestreiten. Sie führen als Gegengrund gewöhnlich an, wie auch Zeissl, sie hätten noch keine solche Affection gesehen.

Liesse sich das aber nicht so erklären? Unsere Krankheiten kommen einfach auf die chirurgischen Abtheilungen oder fallen in der Privatpraxis den Chirurgen zu, da sie sich durchaus nicht als etwas syphilitisches eo ipso darbieten. Erst nähere längere Beobachtung lässt die constitutionelle syphilitische Aetiologie erkennen. So kommt es, dass die Chirurgen beinahe alle die Syphilis als Aetiologie von Gelenkkrankheiten zulassen.

Auch ich muss nach meinen Erfahrungen be-

stimmt den Satz vertreten, Syphilis kann die Gelenke befallen. Zu beachten ist nur, dass die directe Veranlassung zur Erkrankung des Gelenkes sehr oft ein Trauma ist, wie wir auch im Fall 1 und 5 sahen.

Ergriffen wird das Gelenk bei Lues acquisita erst im späteren Stadium. Aber nicht allein bei Lues acquisita kommen syphilitische Gelenkaffectionen vor, sondern auch bei Lues congenita. In der Literatur ist bis jetzt zwar noch kein Fall beschrieben, aber unsere 4 ersten Krankengeschichten zeugen dafür.

Diese Fälle sind, wie schon angeführt, soviel ich wenigstens weiss, die ersten dieser Art, die veröffentlicht werden. Sie zeigen deutlich, dass auch bei Lues congenita, wie bei Lues acquisita, das Gelenk in verschiedener Weise ergriffen werden kann.

Auf verschiedene Weise, sagten wir: die Krankengeschichten und die Literatur lehren uns, dass sich nicht immer dieselbe Form der Gelenksyphilis präsentirt; wir sehen, dass wir verschiedene Formen auseinander zu halten haben. Wir wollen diese sogleich einzeln aufzählen.

Eintheilung der Formen der Gelenksyphilis.

Bei unserer Eintheilung nehmen wir unsere Fälle, die veröffentlichten Krankengeschichten, soweit sie uns klar erscheinen, und die sonstige Literatur in Anspruch. Bemerken wollen wir jedoch sogleich, dass die einzelnen Formen oft nicht so rein vor-

kommen, wie wir sie beschrieben. Die Formen spielen öfters in einander.

Zum Ausgangspunkt der Besprechung wollen wir einen Einwurf nehmen, den die Gegner machen. Sie sagen, wie wir auch bei Ricord und Zeissl sahen, die Epiphysen werden nie von Syphilis befallen. Dass dem doch nicht so ist, beweisen unsere zwei ersten Krankengeschichten; im ersten Fall wurde sichtbare Erkrankung des Radiuskopfes gefunden.

Aehnliche Veränderungen giebt Lücke in seinen zwei Krankengeschichten an. Ausserdem spricht dagegen das Präparat, über das Dr. Risel in dem schon angeführten Aufsatz berichtet. Die Notizen sind sehr interessant; ich werde sie deshalb hier anführen.

Das Präparat stammt von einem Jahre lang an constitutioneller Syphilis krank gewesenem etwa 50jährigen Weibe. Die Autopsie wurde von Herrn Prof. Volkmann gemacht. Femur und Tibia ausserordentlich leicht. Ihren Diaphysen fehlt die compacte Substanz fast ganz und ist durch feine moosartige Knochenstalactiten ersetzt, die an der Epiphyse dadurch noch mehr ausgebildet erscheinen, dass an ihrer Oberfläche zahlreiche bis linsengrosse mehr oder weniger tief eindringende Aushöhlungen liegen, während die stehengebliebenen Knochenbälkchen ungemein schlank und zart sind, so dass das Ganze den Eindruck macht, als hätte eine weit ausgedehnte Caries ihre Zerstörung angerichtet. Trotzdem hatte bei Lebzeiten hier nie eine Eiterung stattgefunden und nirgends fanden sich Narben an den Hautdecken,

nur geringe Crepitation war zu constatiren. Die beiden Knorpelscheiben sind intact bis auf einige ziemlich in der Mitte des Condyl. gelegenen gegen linsengrosse, rundliche, sehr scharfrandige Perforationen, von denen man in dieselben fistelartigen Hohlräume unter den Knorpel gelangt, wie sie eben von der äusseren Fläche der Epiphysen beschrieben wurden.

Am frischen Präparat waren alle diese Höhlen von gummatösem Granulationsgewebe erfüllt, welches ohne jedwede Eiterbildung durch sein fortschreitendes Wachsthum diese Zerstörung am Knochen herbeiführte und unmittelbar unter dem Gelenkknorpel gelegen, allmählich Schwund und Zerstörung desselben durch die andringenden gummösen Gewebszapfen veranlasste. Trotzdem hatte die Beweglichkeit des Gelenkes nicht gelitten und enthielt nur eine sehr mässige Menge einer leicht getrübten Synovia, jedoch keinen Eiter. Das Kapselband selbst zeigte keine wesentlichen Veränderungen. Die Zerstörung des Knorpels kommt also in derartigen Fällen auf dieselbe Weise zu Stande, wie bei den Formen der fungösen Gelenkentzündung, welche von einer Ostitis der Gelenkenden ausgehen, nur unterscheiden sich die gummösen Knorpelperforationen durch ihre Grösse von den Anfangs kaum nadelstichgrossen cariösen wesentlich.

Wir sehen, Syphilis kann die Epiphysen befallen.

Unsere Fälle unterscheiden sich vom Präparat des Herrn Dr. Risel schon dadurch, dass es sich

bei uns um congenitale Lues handelt, dann dadurch, dass die Epiphysen wohl erst secundär erkrankt sind; weiter ist bei uns blos ein Knochen und zwar der Radius erkrankt. Schon Richet, dem die Erkrankung blos bei Erwachsenen bekannt ist, hat darauf aufmerksam gemacht, dass bei der syphilitischen Ostitis, gegenüber der scrophulösen, gewöhnlich nur ein Knochen befallen ist.

Es sind zwar nur wenige Fälle, die zu Gebote stehen. Ich denke aber, es finden sich mit der Zeit noch mehr Beweise, besonders bei gehöriger Achtnahme auf diese Verhältnisse.

Die Erkrankung der Epiphysen sei unsere erste Form. Die Symptome sind verschieden, wenn die Epiphyse primär, wie im Fall von Dr. Risel, oder wenn sie erst secundär, wie wahrscheinlich in unseren Fällen, erkrankt. Die secundäre Erkrankung lässt sich leicht dadurch diagnostiren, dass sich zuerst eine circumscripte Schwellung in der Gegend des Gelenkes zeigt und erst nach einiger Zeit das Gelenk ergriffen wird. Sonst sind für beide Unterabtheilungen die Symptome klinisch nicht sehr ausgeprägt; Schmerz, der jedoch nicht stark ist, Functionsstörung und zuletzt — und dieses Symptom ist das Wichtigste — Crepitation. Ohne Crepitation ist die Diagnose nicht möglich. Weiterhin kann es zur Perforation des Gelenkes kommen.

Fügen wir eine zweite Form an, die ihren Sitz ebenfalls an den Gelenkenden der Knochen hat; sie basirt auf den Entdeckungen von Wegner über die Veränderungen an der Epiphysen-Dia-

physengrenze bei congenitaler Lues. Wir haben oben schon davon Notiz genommen.

Es war zwar schon lange klinisch eine Beobachtung notirt, dass nämlich hie und da bei Neugeborenen, die sonst syphilitische Symptome zeigen, Crepitation an der Epiphysen-Diaphysengrenze zu constatiren ist; bei der Section documentirte sich der Vorgang öfters durch Ablösung der Epiphysen. Solche Fälle giebt Lewin an in den *Annalen der Charité*, Berlin 1868, Seite 210 und 250.

Diese Beobachtung wurde jedoch nicht weiter verfolgt; erst Wegner war es, der in Virchow's Archiv, Band 50, 1870, auf die eigenthümliche und constante Erkrankung an der Uebergangsstelle des Epiphysenknorpels in die Diaphyse aufmerksam machte. Es findet sich hier constant bei congenitaler Lues eine reichliche Wucherung der Zellen. Die Zellbildung kann sehr reichlich werden und zur Trennung der Epiphyse von der Diaphyse führen.

Dass diese Processe direct auf manche Gelenke Einfluss haben und Erkrankung herbeiführen müssen, ist jedem klar, der die Anatomie der Gelenke, besonders das Verhältniss der Epiphysenlinie zur Gelenkhöhle, im Auge behält.

Im Hüftgelenk findet sich die Diaphyse noch im Gelenk, ebenso im Ellenbogengelenk die des Radius und Humerus. Auch am Schultergelenk verläuft ein Theil des Längenwachsthums innerhalb der Gelenkkapsel. Kommt es gerade an diesen Epiphysenlinien zur stärkeren Veränderung, so ist es von selbst gegeben, dass das Gelenk auf irgend eine Weise afficirt wird.

Da die Veränderungen nur bei congenitaler Syphilis vorkommen, so ist es natürlich, dass unsere Form auch blos bei Kindern vorkommt, wobei jedoch nicht ausgeschlossen ist, dass die Krankheit als Symptom der Lues congenita tarda nicht auch etwas ältere Individuen befallen kann; erst das Verschwinden der Epiphysenlinien, also das Alter vor 20—24 Jahren, wird dieser Form ein Ende setzen.

Bei der Beurtheilung, ob diese Erkrankung häufig vorkommt, ist zweierlei zu berücksichtigen. Erstens, dass es sich hier, wie bei allen Formen der congenitalen Lues, blos um relative Häufigkeit handelt. Es sind ja verhältnissmässig wenige der congenital syphilitischen Kinder, die das erste Lebensjahr überleben; eine geringe Zahl wird bis zu der Zeit erhalten, in der die Gelenkaffectionen wegen stärkerer äusserer Reize, die zu den subjectiven, um diesen Ausdruck zu gebrauchen, treten, häufiger werden. Ein zweiter Moment ist die Verschiedenheit der syphilitischen Veränderungen an den einzelnen Epiphysenlinien.

Wegner hat eine Scala aufgestellt, wonach mit Ausnahme der oberen Epiphysenlinie des Femurs gerade die Epiphysenlinien, die in den Gelenkhöhlen liegen, die geringste Veränderung zeigen.

Bedenkt man noch, dass das Hüftgelenk durch seine tiefe Lage vor äusseren Insulten gut geschützt ist, so lässt sich erklären, dass wir diese Form seltener finden.

Die Symptome sind wohl Erguss ins Gelenk (seröser, mit der Zeit eitriger) und im höchsten

Grade Beweglichkeit der Epiphysen, Crepitation in den Epiphysenlinien. Ausserdem natürlich Schmerz und starke Functionsstörung.

Ich selbst habe bis jetzt keinen solchen Fall gesehen; auch ist in der Literatur keiner klinisch beschrieben. Dennoch lässt sich, wie gesagt, ganz bestimmt behaupten, dass solche Fälle vorkommen. Ich bin überzeugt, dass wir schon in der nächsten Zeit solchen Krankengeschichten begegnen werden.

Das wären die Veränderungen, die an den Gelenkenden der Knochen vorkommen, wobei wir nur noch die Veränderungen der Knorpel zu berücksichtigen haben. Dass die Knorpel miterkranken, wenn der Gelenkknochen befallen wird, sehen wir aus unseren Krankengeschichten.

Wie wir sahen, erkrankt der Knorpel auch bei reinen Hydrarthrosen. (Fall 5 und Sectionsbefund bei Lancereaux und Oedmanson.)

Als dritte Form wollen wir die betrachten, bei denen wir keine weiteren Veränderungen diagnosticiren können, als Gelenkerguss, womit meistens dann noch diffuse Kapselverdickung verbunden ist. Wir haben die reinen Hydrarthrosen vor uns, so unsere Fälle 3, 4 und 6, Fälle von Richet, Verneuil, Lücke, Risel.

Der Erguss befällt meistens mehrere Gelenke, verschwindet an einem oder mehreren oder allen Gelenken, ohne Residuen zu hinterlassen, die auf eine früher bestandene Erkrankung hindeuten würden. Sie lassen sich schwer von den gewöhnlichen Hydrarthrosen unterscheiden, so schwer,

dass wir hier besonders die Antecedentien und Concomitantien und dann das Resultat der Therapie zu Hilfe nehmen müssen, nach dem alten Satz von Hippocrates: «Naturam morborum ostendunt curationes.

Vorkommen thut diese Form und zwar am häufigsten vor allen andern, das zeigen unsere Fälle, die Literatur und die Erfahrung der meisten Chirurgen.

Ich bemerke übrigens, ich meine hier nicht die Formen, die im Eruptionsfieber der Syphilis acut auftreten, über diese Art habe ich keine Erfahrung. Ich rede blos von den Formen, die chronischer, fieberlos und ohne stärkere Schmerzen auftreten. Sie kommen bei Lues congenita und acquisita vor, häufiger sogar, glaube ich, als man sich denkt. Gerade diese Formen werden öfters verkannt und deshalb auch falsch behandelt.

Die Diagnose ist sehr schwierig. Die Symptome sind: diffuse Verdickung der Gelenkkapsel, Erguss meistens in mehreren Gelenken, verhältnissmässig geringe Schmerzhaftigkeit, Intermittenz der Erscheinungen, und wir müssen es wirklich als Symptom angeben, — der Widerstand gegen die gewöhnlichen Mittel.

Kommt zu diesen Erscheinungen noch eine circumscripte Verdickung an der Gelenkkapsel, so ist die Diagnose viel leichter. Die Form ist nicht mehr rein. Der Erguss ist mehr Folge der Reizung, die durch Ablagerung in die Gewebe, sagen wir in das perisynoviale Gewebe, bedingt ist.

Diese Form haben wir durch die Section bei

Lancereaux und die Fälle bei Richet, Verneuil u. s. w. gesichert.

Sehr zu beachten ist bei diesen Formen die localisirte Schmerzhaftigkeit.

Pathologische Anatomie.

Wir haben so die einzelnen Formen abgehandelt. Dabei fanden wir verschiedene pathologisch-anatomische Processe; wir wollen sie kurz noch recapituliren:

Bei den reinen Hydrarthrosen haben wir blos gleichmässige Verdickung der Kapsel und Synovialis und Erguss im Gelenkcavum.

Derselbe ist verschieden, in manchen Fällen sehr stark, in anderen dagegen gering.

Die Synovialis zeigt, wenn wir den Befund von Oedmanson in Betracht ziehen, hie und da starke Auswüchse.

Der Knorpel nimmt, wie wir sahen, in diesen Fällen öfters Antheil an der Erkrankung. Er zeigt an manchen Stellen Verfärbung; er ist oft wie zerfasert, atrophirt, ja es kann auch hier an manchen Stellen zum vollständigen Schwund kommen.

Haben wir gummöse Ablagerung in den Gelenkweichtheilen, so haben wir ausser den Erscheinungen, die wir von der ersten Form angegeben haben, also ausser der allgemeinen Kapselverdickung, dem Erguss — der letztere ist bei dieser Form gewöhnlich geringer — der Knorpelveränderung noch

die circumscripte Schwellung; sie rührt von gummöser Ablagerung in dem perisynovialen Gewebe her. Ein Beispiel für diese Processe haben wir in dem Sectionsbefund von Lancereaux.

Hat die Veränderung ihren Sitz an Knochen, so haben wir erstens die in den Epiphysenlinien; wir haben sie oben schon genauer behandelt. Es handelt sich hier, wie es scheint, ebenfalls um gummatöse Ablagerungen.

Bei der Erkrankung in den Epiphysen haben wir Processe analog der fungösen Ostitis; nur sind nach der Beschreibung von Dr. Risel, dem wir hier folgen, die einzelnen Granulationen stärker und machen im Knorpel auch grössere Löcher.

Der Erguss fehlt auch in diesen Fällen nicht; secundär können, wie z. B. der Fall von Lücke deutlich zeigt, auch die benachbarten Theile ergriffen werden und so kann es zur Eröffnung des Gelenkes kommen.

Nochmals zu betonen ist an dieser Stelle, dass die Erkrankung öfters mit einer Anschwellung in der Nachbarschaft beginnt, hauptsächlich am Periost und von hier aus erst secundär alle benachbarten Theile infiltrirt werden und das Gelenk ergriffen wird.

Ein weiteres Moment, das in dieses Kapitel fällt, ist das, dass besonders das Kniegelenk der Sitz der Gelenksyphilis ist; wir sehen es an unseren Fällen und aus der Literatur.

Bei congenitaler Lues jedoch stellt sich diesem Gelenk nach meiner Erfahrung, soweit sich bis jetzt beurtheilen lässt, das Ellenbogengelenk zur

Seite. Ich wenigstens sah in verhältnissmässig kurzer Zeit dreimal hier die Erkrankung.

Ausser den angeführten zwei Fällen noch in einem dritten, in dem wieder beide Ellenbogengelenke befallen waren.

Fassen wir, nachdem wir nochmals cursorisch die pathologisch-anatomische Seite der einzelnen Erkrankungen abgehandelt haben, kurz noch die einzelnen Formen zusammen, so haben wir:

I. die hydropischen Formen

kommen bei Erwachsenen wie bei Kindern vor.

II. die gummösen Formen.

Die syphilitischen Krankheitsproducte lagern sich ab:

a) in dem perisynovialen Gewebe (Lancereaux).

Diese Form ist der ersten ganz ähnlich, unterscheidet sich eigentlich nur durch die circumscripte Anschwellung.

Bei Kindern noch nicht beschrieben.

b) im benachbarten Periost und geht von hier secundär auf's Gelenk über (Fall 1 und 2);

c) in den Epiphysen;

d) in den Epiphysenlinien, ist bis jetzt klinisch noch nicht beschrieben, kommt bei Lues congenita vor.

Symptomatologie.

Wir haben bei den einzelnen Formen Symptome aufgezählt, sie reichen jedoch nicht, um zur richtigen

Diagnose zu kommen. Ausser diesen Erscheinungen, die, abgesehen von den circumscripten Verdickungen, den Symptomen der gewöhnlichen Gelenkkrankheiten analog sind, haben wir noch specielle Anhaltspunkte.

In allen Krankengeschichten haben wir die geringe Schmerzhaftigkeit betont; bei dem ersten Fall z. B. konnte man mit der Sonde ins Gelenk dringen, ohne besonderen Schmerz zu erregen.

War einmal der Schmerz stärker, wie auch im Fall 5, so war das acutere Auftreten Schuld. Auf dieses Moment ist auch in der Literatur hie und da hingewiesen.

Ein weiterer Punkt ist die niedrige Temperatur; bei keinem unserer Patienten hatten wir, abgesehen von einigen leichten Temperatursteigerungen, Fieber.

Wichtig ist auch, dass unsere Affection so oft mehrere Gelenke zugleich oder hintereinander befällt, siehe unsere Fälle 2, 3 und 4.

Sind Granulationen vorhanden, so zeichnen sie sich durch schlechtes speckiges Aussehen aus.

Diagnose.

Nehmen wir alle Symptome zusammen, auch die circumscripte Schwellung, die uns so ziemlich deutlich auf Lues hinweist, so ist dennoch die Diagnose nicht leicht.

Wir haben noch mit vielen Schwierigkeiten zu kämpfen, werden oft Fehler begehen, wenn wir

nicht alle Vorsicht anwenden, und alle Zeichen, auch das geringste, berücksichtigen.

Für den Arzt ist es vor allen Dingen überhaupt nöthig, dass er weiss, dass Syphilis Gelenkleiden hervorrufen kann. Bei uns ist mit geringen Ausnahmen dem ärztlichen Publikum zu wenig bekannt, dass es eine Gelenksyphilis giebt. Ich hoffe, es wird nicht mehr lange anstehen, so wird dieses Kapitel bei uns mehr behandelt werden; bis jetzt waren es von deutscher chirurgischer Seite, wie wir sahen, blos Prof. Lücke und Dr. Risel, die auf diesem Gebiet gearbeitet haben. Wird auf unsere Erkrankung mehr geachtet werden, so werden dann bald mehr Beobachtungen veröffentlicht und gezeigt werden, dass syphilitische Erkrankungen der Gelenke doch nicht so selten sind, als man von mancher Seite annimmt.

Kommen wir wieder zur Diagnose. Weiss also der Arzt, dass die Syphilis Aetiologie für Gelenkkrankheiten sein kann, so wird er die folgenden Momente besonders noch im Auge halten müssen.

In erster Linie wichtig ist die genaueste Anamnese; nur wird uns diese natürlich sehr oft im Stich lassen, besonders bei Lues congenita.

Ausser der Anamnese haben wir die Concomitantien; gewöhnlich sind noch andere Veränderungen da, die auf Lues schliessen lassen. Auch die geringsten Zeichen müssen in Acht genommen werden. Aber wie wir sahen, so — Fall 2 und 4 — fehlen oft auch diese.

Wir sehen, wie schon oben gesagt, die Diagnose ist sehr schwierig; die Anhaltspunkte lassen uns

zu oft im Stich. Nehmen wir jedoch die Anamnese, die Concomitantien, den Verlauf der Krankheit und, was das Wichtigste ist, das Resultat der Therapie zu Hilfe, so liegt die Möglichkeit vor, die richtige Diagnose zu stellen. Den Ausschlag wird gewöhnlich das letzte Hilfsmittel geben. Bei syphilitischer Basis werden die gewöhnlichen Mittel nichts ausrichten. Tritt dagegen antisyphilitische Behandlung ein, so sehen wir bald wenigstens Besserung, wenn nicht Heilung. Nur schade ist, dass bei congenitaler Lues auch die antisyphilitische Behandlung uns so oft im Stiche lässt, wie wir gerade die Erfahrung gemacht haben.

Differentialdiagnose.

Sprechen wir kurz noch davon, mit welchen Erkrankungen unsere Affection so oft verwechselt wird, so haben wir die fungösen Gelenkleiden zu nennen und die gewöhnlichen Hydrarthrosen, die meistens rheumatischer Natur sind.

Die differentielle Diagnose ist in beiden Fällen sehr schwierig. Zur Unterscheidung der syphilitischen Hydrarthrosen von den gewöhnlichen haben wir alle obigen Hilfsmittel zu gebrauchen. Bei der differentiellen Diagnose handelt es sich nur um die chronischen Hydrarthrosen, da unsere Erkrankung selbst immer nur eine chronische ist.

Kommt zum Erguss noch die circumscripte Schwellung, so ist die Diagnose um vieles leichter zu stellen.

Der Widerstand gegen die gewöhnlichen und der

Erfolg der antisyphilitischen Mittel wird hier hauptsächlich den Ausschlag geben.

Die Verwechslung der gummösen Formen mit fungöser Arthritis ist auch sehr schwer zu vermeiden. Die angegebenen Zeichen, besonders die circumscripte Schwellung und dann der Umstand, dass trotz der längeren Dauer der Krankheit blos ein Knochen erkrankt ist, werden, recht in Acht genommen, auch hier uns vor falscher Diagnose hüten.

Kommen wir jetzt zur Prognose. Sie ist verschieden zu stellen bei Lues congenita und acquisita. Bei Lues congenita ist sie nach unseren Erfahrungen von Haus aus schlechter. Diese Fälle nehmen auf jeden Fall recht lange Zeit in Anspruch.

Weiter sind bei der Prognose die einzelnen Formen zu berücksichtigen.

Die reinen Ergüsse bieten immer bessere Aussicht, als alle die anderen Formen. Hier besonders kann Heilung und die vollständigste Restitutio in integrum eintreten. Dieses kann zwar auch bei den andern Formen geschehen, wie überhaupt die syphilitischen Erkrankungen bei richtiger und rechtzeitiger Behandlung kein übles Resultat geben; aber bei den gummösen, insbesondere bei den Ablagerungen in den Knochen, werden öfters Störungen zurückbleiben.

Die Behandlung muss zweierlei im Auge behalten: Local- und Allgemeinbehandlung.

Die Allgemeinbehandlung ist die weitaus wichtigere.

Die Mittel sind Jodeisen, Jod, Leberthran, Sublimatbäder, diese besonders bei Kindern, Jodkalium und Einreibungen, und was ja nicht ausser Acht zu lassen ist, gewöhnlich Roborantien.

Die Localbehandlung erfordert Ruhestellung, Compression, Derivantien.

Die Individualität der Fälle spielt natürlich auch hier eine grosse Rolle.

Ist der Knochen schon stark verändert oder eine Epiphyse gelöst, Processe, die seltener sind, so ist Resection am Platze; partielle wird meistens genügen.

Ob diese jedoch sehr zu empfehlen ist, wäre noch sehr fraglich; unser Resultat kann wenigstens nicht recht dazu auffordern.

Am Schluss der Arbeit angelangt, drängt es mich meinem hochverehrten Lehrer Herrn Professor Dr. Lücke für die vielfache Unterstützung, die er mir während der Arbeit hat angedeihen lassen, meinen herzlichsten Dank auszusprechen.